

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



## **Biópsias Orais numa População Portuguesa**

**Estudo clinicopatológico dos últimos 20 anos  
numa clínica universitária**

**Cláudia Sofia Garcia de Almeida André**

Orientadores

Professor Doutor João Manuel Mendes Caramês

Professor Doutor Filipe Marinho Ferraz Freitas

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2021



## AGRADECIMENTOS

Quero deixar um especial agradecimento a todos os que fizeram parte do meu percurso académico, que culmina com este trabalho que tanto prazer me deu.

Aos meus orientadores,

Professor Doutor João Caramês por se ter demonstrado tão interessado no meu projeto, e por ser um exemplo a seguir, com todo o rigor e brio que deve existir num profissional. Quero também agradecer-lhe pelos seus sábios conselhos e por ter partilhado um pouco da sua história. Mostrou que, de facto, tal como citou ‘o Sonho move o Homem’ e não há fronteiras, terminamos apenas onde quisermos. É realmente uma grande inspiração.

Professor Doutor Filipe Freitas, quero agradecer-lhe imenso por se ter demonstrado sempre tão disposto a ajudar-me no meu trabalho e a transmitir os seus conhecimentos. Foi um grande prazer trabalhar consigo. Agradeço-lhe também por ter impulsionado o meu gosto por Medicina Oral, pois tal como me disse ‘A grande ponte entre a Medicina e a Medicina Dentária é a Medicina Oral’. É, sem dúvida, uma área espantosa e de especial interesse. Espero crescer muito e um dia alcançar o seu nível de conhecimento.

À minha família,

Por me ter apoiado e proporcionado a possibilidade de crescer enquanto pessoa e profissional. Sem família a vida é vazia. Um especial agradecimento à minha avó Ana, que me permitiu ser quem eu hoje sou. Obrigada pelas escapadelas ao bloco operatório contigo, que tanto adorava.

Ao Gonçalo,

Por ser quem é e fazer parte da minha vida. Pelo Amor e carinho sem fim. Pelo suporte constante em tudo, pelo apoio incondicional. Pela calma que me transmite nos momentos de stress. Por me acompanhar em todos os meus projetos. Por partilhar os seus conhecimentos para que eu seja cada vez melhor. É realmente maravilhosa a nossa cumplicidade em, absolutamente, tudo. No fundo, obrigada por seres o meu mais que tudo.

À Catarina Lobo,

Que sempre me apoiou e ajudou nos momentos em que mais precisei. Tanto nesta montanha de estatística, como na montanha da vida. Apesar de longe, na verdade estás sempre por perto. Obrigada de coração, serás sempre a minha irmã mais nova, com maturidade de irmã mais velha.

À Leonor Gonçalves,

Obrigada por teres estado ao meu lado quando mais precisei, por teres cuidado sempre de mim, e especialmente quando eu não conseguia. Obrigada por tudo.

À minha dupla Andreia,

Obrigada por estes anos. Quando temos alguém com quem partilhar a aprendizagem, os primeiros passos rumo ao mundo do trabalho, em quem confiamos e que nos faça sentir confortáveis, o trabalho e os desafios tornam-se muito mais fáceis.

Aos meus amigos,

Que tornaram todo este percurso especial, obrigada. Desejo-lhes muito sucesso e felicidades.





## RESUMO

**Introdução:** A biópsia constitui uma ferramenta muito importante para o médico dentista, uma vez que o exame anatomopatológico é um meio complementar de diagnóstico fundamental em medicina e patologia oral.

**Objetivos:** Analisar a frequência e os padrões característicos das lesões oromaxilofaciais numa população portuguesa, bem como verificar a concordância entre os respetivos diagnósticos clínicos e histológicos.

**Materiais e Métodos:** Foi efetuada uma análise descritiva dos dados dos relatórios anatomopatológicos das biópsias realizadas entre 1999 e 2019, na Clínica Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, designadamente o género e idade do doente, tipo de biópsia, localização das lesões, diagnóstico clínico e histológico.

**Resultados:** De uma amostra total de 1448 doentes, 57,5% foram do género feminino e 42,5% do género masculino, com uma idade média de 50,14 anos (desvio padrão de  $\pm 17,61$ ). Observou-se concordância entre os diagnósticos clínicos e histológicos em 62,3% das biópsias realizadas. A localização preferencial foi a mucosa jugal, fundo do vestíbulo e mucosa alveolar (20,7%). As lesões benignas foram as mais encontradas, em 82,8% dos casos, seguindo-se as lesões potencialmente malignas (LPM) em 15,5% e, por fim, as lesões malignas (LM) em 1,7%. A hiperplasia fibrosa focal revelou-se o diagnóstico mais frequente no total da amostra (25,6%). Já no grupo jovem, a entidade mais comum foi o mucocelo (34,0%), observando-se uma predominância no lábio inferior (32,9%). A leucoplasia foi a LPM mais frequentemente diagnosticada (48,7%). A doença oncológica mais comum foi o carcinoma pavimentocelular (92,0%), manifestando-se preferencialmente na língua (34,8%). As LPM e LM tiveram maior frequência em idades avançadas.

**Conclusão:** Este estudo incluiu biópsias realizadas ao longo de 20 anos, tendo permitido analisar as características demográficas, clínicas e histológicas das lesões mais frequentes na região oral e maxilofacial.

**Palavras-chave:** *‘Biópsias Orais’; ‘Patologia oromaxilofacial’; ‘Análise clinicopatológica’; ‘Estudo epidemiológico’; ‘FMDUL’*

## ABSTRACT

**Introduction:** Performing a biopsy is very important for dentists, since the anatomopathological examination is a fundamental complementary means of diagnosis in oral medicine.

**Objectives:** To analyze the frequency and characteristic patterns of oromaxillofacial diseases in a Portuguese population, as well as to verify the concordance between clinical and histological diagnoses.

**Materials and Methods:** A descriptive analysis of the data from the anatomopathological reports of the biopsies performed between 1999 and 2019 at the University Clinic of the Faculty of Dental Medicine of the University of Lisbon was performed, regarding the patient's gender and age, type of biopsy, location of lesions, clinical and histological diagnosis.

**Results:** From a total sample of 1448 patients, 57.5% were female and 42.5% male, with a mean age of 50.14 years (standard deviation  $\pm$  17.61). Concordance between clinical and histological diagnoses was observed in 62.3% of the biopsies performed. The preferred location was the buccal mucosa, vestibule fundus and alveolar mucosa (20.7%). Benign lesions were the most common, in 82,8% of the cases, followed by potentially malignant lesions (PML) in 15,5%, and finally, malignant lesions (ML) in 1.7%. Focal fibrous hyperplasia was the most frequent diagnosis in the total sample (25.6%). In the young group, the most common entity was mucocele (34.0%), with a predominance of the lower lip (32.9%). In PML, leukoplakia was the most frequently diagnosed (48,7%). The most common cancer disease was squamous cell carcinoma (92.0%), appearing mainly in the tongue (34.8%). PML and ML were more frequent at older ages.

**Conclusion:** This study included biopsies performed over 20 years, allowing the analysis of demographic, clinical and histological characteristics of the most frequent lesions in the oral and maxillofacial region.

**Keywords:** *'Oral Biopsies'; 'Oromaxillofacial pathology'; 'Clinicopathological analysis'; 'Epidemiological study'; 'FMDUL'*



## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b>	iii
<b>RESUMO</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	xi
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b>	xii
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	xiii
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS</b>	xiv
<b>I. INTRODUÇÃO</b>	1
<b>II. OBJETIVOS</b>	1
<b>III. MATERIAIS E MÉTODOS</b>	2
1. Pesquisa Bibliográfica	2
2. Tipo de Estudo	2
4. População e Seleção da Amostra	2
5. Recolha e Tratamento de Dados	3
6. Análise Estatística	3
7. Questões Éticas e Deontológicas	4
<b>IV. RESULTADOS</b>	5
1. Seleção de Casos	5
2. Caracterização da Amostra	5
3. Diagnóstico Histológico	6
4. Género	12
5. Faixa Etária	13
6. Localização Anatómica	15
7. Tipo de Biópsia	19
8. Concordância entre Diagnóstico Clínico e Diagnóstico Histológico	20
<b>V. DISCUSSÃO</b>	22
<b>VI. CONCLUSÃO</b>	25
<b>VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	26
<b>VIII. APÊNDICES E ANEXOS</b>	29
Apêndice 1 – Tabela de frequências de cada diagnóstico histológico	29
Apêndice 2 – Tabela de frequências: Lesões Potencialmente Malignas	33
Apêndice 3 – Tabela de frequências de localização da lesão biopsada	34

<b>Apêndice 4 – Tabela de distribuição da natureza da lesão por localização</b>	<b>35</b>
<b>Apêndice 5 – Tabela de distribuição do tipo de biópsia por localização</b>	<b>36</b>
<b>Apêndice 6 – Tabela de frequências da natureza da lesão por tipo de biópsia</b>	<b>37</b>
<b>Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética</b>	<b>38</b>
<b>Anexo 2 – Definições Recomendadas para Lesões Potencialmente Malignas</b>	<b>39</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Seleção da amostra do presente estudo.....	5
---	---

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Frequência absoluta e relativa de cada tipo de lesão e respetiva distribuição de género, idade e localização predominante.....	7
<b>Tabela 2.</b> Frequência absoluta e relativa dos 10 diagnósticos mais comuns e respetiva distribuição de género, idade e localização predominante.....	8
<b>Tabela 3.</b> Características das Lesões Potencialmente Malignas.....	10
<b>Tabela 4.</b> Características das Lesões Malignas.....	11
<b>Tabela 5.</b> Frequência de lesões por localização anatómica.....	15

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição da amostra por faixas etárias.....	6
<b>Gráfico 2.</b> Distribuição da amostra por tipo de lesão.....	6
<b>Gráfico 3.</b> Entidades - Lesões Potencialmente Malignas.....	9
<b>Gráfico 4.</b> Diagnósticos – Lesões Potencialmente Malignas.....	9
<b>Gráfico 5.</b> Diagnósticos – Lesões Malignas.....	11
<b>Gráfico 6.</b> Distribuição de género por tipo de lesão.....	12
<b>Gráfico 7.</b> 10 Diagnósticos histológicos mais comuns no género masculino.....	12
<b>Gráfico 8.</b> 10 Diagnósticos histológicos mais comuns no género feminino.....	13
<b>Gráfico 9.</b> Distribuição de idade por tipo de lesão.....	13
<b>Gráfico 10.</b> 8 Diagnósticos mais comuns no grupo jovem.....	14
<b>Gráfico 11.</b> 10 Diagnósticos mais comuns no grupo adulto.....	14
<b>Gráfico 12.</b> 10 Diagnósticos mais comuns no grupo idoso.....	14
<b>Gráfico 13.</b> Distribuição das lesões por localização anatómica.....	15
<b>Gráfico 14.</b> Frequências relativas do tipo de lesão por localização.....	16
<b>Gráfico 15.</b> Frequências relativas do tipo de biópsia por localização.....	17
<b>Gráfico 16.</b> Tipo de Biópsia.....	19
<b>Gráfico 17.</b> Distribuição da idade por tipo de biópsia.....	19
<b>Gráfico 18.</b> Distribuição do tipo de lesão quanto ao tipo de biópsia efetuada.....	20
<b>Gráfico 19.</b> Concordância clínico-patológica.....	20
<b>Gráfico 20.</b> Concordância clínico-patológica nos diferentes tipos de lesão.....	21

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

FMDUL – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

ICD - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

LB – Lesões Benignas

LM – Lesões Malignas

LPM – Lesões Potencialmente Malignas

OMS – Organização Mundial de Saúde

## I. INTRODUÇÃO

O médico dentista é o profissional de saúde responsável pelo estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas, pelo que, o seu campo de atuação não se esgota nas patologias dentárias ou periodontais. Atendendo ao seu contacto regular com os doentes, encontra-se numa posição privilegiada para contribuir, por exemplo, para o diagnóstico precoce do cancro oral.

A medicina dentária deve ser integrada na abordagem multidisciplinar dos doentes, dada a evolução do conhecimento e complexidade inerente à prática clínica. O médico dentista tem um papel cada vez mais proativo no quotidiano da população, sendo, muitas vezes, o primeiro a detetar patologias que requerem uma atenção e tratamento especializados. É aqui que reside a importância da área de medicina oral, sendo a principal ponte entre a medicina e a medicina dentária.<sup>(1)</sup> Esta área ocupa-se do diagnóstico e da gestão médica das doenças específicas dos tecidos orofaciais, bem como do tratamento das manifestações orais de condições sistémicas.<sup>(2)</sup>

As lesões da cavidade oral abrangem um amplo espectro no que respeita à sua natureza e características, o que, por vezes, pode dificultar o seu diagnóstico.<sup>(3)</sup> Por isso, a biópsia constitui uma importante ferramenta para o médico dentista. Trata-se de um procedimento cirúrgico que visa a obtenção de tecidos de um indivíduo vivo para análise histológica. O exame anatomopatológico auxilia na definição do diagnóstico, facilita a determinação do prognóstico de lesões malignas e potencialmente malignas, contribui para a instituição do tratamento ou avaliação da sua eficácia e constitui um documento com valor médico-legal.<sup>(4)</sup>

Os estudos epidemiológicos fornecem um panorama geral das lesões mais frequentemente encontradas em consultório, pelo que constituem importantes métodos de investigação.

## II. OBJETIVOS

Este estudo epidemiológico pretendeu avaliar as patologias orais mais frequentemente sujeitas a biópsia numa clínica universitária portuguesa, de natureza benigna ou maligna. Pretendeu-se, ainda, analisar as características demográficas e clínicas das entidades patológicas com indicação para diagnóstico histológico, designadamente a idade e o género do doente, a localização anatómica da lesão biopsada e o tipo de biópsia realizada. Procurou-se, também, verificar a concordância entre os respetivos diagnósticos clínicos e histológicos.

### **III. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **1. Pesquisa Bibliográfica**

Para base teórica do presente estudo e para fins comparativos foram utilizadas bases de dados como PubMed/Medline e ResearchGate, com as palavras-chave ‘Oral biopsies’; ‘Oral pathology’; ‘Epidemiological study’; ‘Oral biopsies analysis’. Foram pesquisadas publicações cujos artigos estivessem disponíveis na íntegra. Apenas foram considerados estudos de biópsias realizadas em humanos. No total, foram incluídas 25 publicações, desde 1994 até 2020.

#### **2. Tipo de Estudo**

O presente trabalho consiste num estudo epidemiológico observacional descritivo, de uma série de casos dos últimos 20 anos da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL).

#### **3. Local da Investigação**

Este estudo foi realizado na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, uma instituição pública de ensino superior que, no âmbito da atividade da sua clínica universitária, presta cuidados de saúde oral à comunidade. Localiza-se na Rua Professora Teresa Ambrósio, Cidade Universitária, Lisboa, Portugal, pertencendo à freguesia de Alvalade.

#### **4. População e Seleção da Amostra**

Foram consultados todos os relatórios dos exames anatomopatológicos das biópsias orais, arquivados no Laboratório de Histomorfologia Oral e Medicina Dentária Forense da FMDUL, entre janeiro de 1999 e dezembro de 2019, perfazendo um período de 20 anos.

Analisaram-se os registos relativos a biópsias realizadas nas clínicas universitárias de pré e pós-graduação, consulta externa ou bloco operatório. Foram incluídos todos os casos da região oromaxilofacial, com diagnóstico histológico bem. De um total inicial de 1623 doentes, 175 foram excluídos por não cumprirem estes requisitos de seleção, resultando numa série de 1448 casos.



## 5. Recolha e Tratamento de Dados

De cada relatório foram solicitados e enviados por uma base de dados *Microsoft Office Excel*, os seguintes dados:

- Idade do doente (aquando da realização da biópsia)
- Género
- Tipo de biópsia
- Localização da lesão biopsada
- Diagnóstico clínico
- Diagnóstico histológico

De realçar que houve casos que careciam de registo de informação relativamente ao tipo de biópsia, idade ou género. No caso de falta de informação de género, foi registado como NE (Não Especificado), sendo que quanto à idade, foi dada como caso omissa, entrando em relevância a percentagem válida. As idades foram distribuídas em faixas etárias com intervalos de 10 anos. Para efeitos de estudo, foram também criados 3 grupos de idade, sendo eles grupo jovem (0-17), grupo adulto (18-64) e grupo idoso ( $\geq 65$ ). O tipo de biópsias foi classificado como Incisional (I), Excisional (E) e NE (Não Especificada). Relativamente à localização da biópsia e diagnóstico histológico foram utilizadas categorias numéricas para posterior análise estatística, a constar nos apêndices. Os diagnósticos histológicos foram posteriormente agrupados em ‘Lesões Benignas’; ‘Lesões Potencialmente Malignas’ de acordo com a classificação de 2020<sup>(5)</sup> e ‘Lesões Malignas’.

Quanto à concordância entre diagnóstico clínico e histológico, foram contabilizados como positivos todos os casos em que o diagnóstico clínico provisório coincidia, em pelo menos uma das hipóteses dadas, com o diagnóstico histológico. Por outro lado, quando não havia qualquer correspondência ou não constava nenhuma hipótese de diagnóstico, foi contabilizado como negativo.

## 6. Análise Estatística

A análise estatística foi efetuada através do programa SPSS 27.0 Data Editor (SPSS Inc., Chicago, USA), tendo-se efetuado uma análise descritiva das lesões encontradas, descrevendo as suas frequências absolutas e relativas. O mesmo se efetuou para tipo de biópsia, género, faixa etária e localização. Posteriormente, foi ainda estudado possíveis associações dos grupos de lesões com algumas variáveis, como faixa etária, género e localização. Para tal, usou-se o teste

Qui-Quadrado para relacionar variáveis qualitativas e o teste Kruskal-Wallis para relacionar a idade (como variável quantitativa) e algumas qualitativas. Considerou-se haver uma relação/dependência entre as variáveis se o valor  $p < 0,05$ . Por fim, foi analisada a concordância entre os diagnósticos clínico e histológico.

## **7. Questões Éticas e Deontológicas**

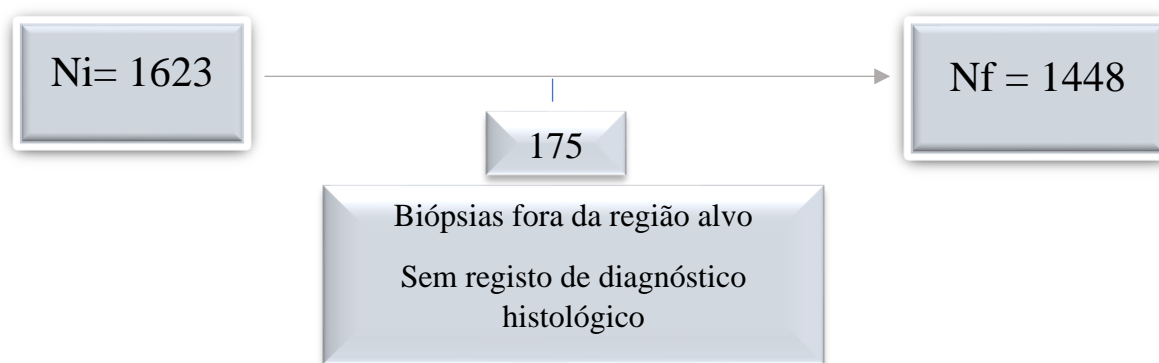
A autorização para recolha e tratamento de dados foi concedida pela Comissão de Ética da FMDUL, presidida pelo Sr. Professor Doutor João Aquino Marques. O respetivo parecer favorável para a realização do presente estudo encontra-se em anexo.

Foi assegurada confidencialidade dos dados recolhidos e em momento algum os doentes foram identificados, por respeito aos princípios éticos e deontológicos vigentes.

## IV. RESULTADOS

### 1. Seleção de Casos

De uma amostra final de 1448 casos analisados, 12 (0,8%) não tinham informação de género, 260 (18%) não tinham informação de idade, 2 (0,1%) não tinham registo de localização da lesão biopsada e 214 (18,6%) não tinham registo de hipóteses de diagnóstico clínico provisório.

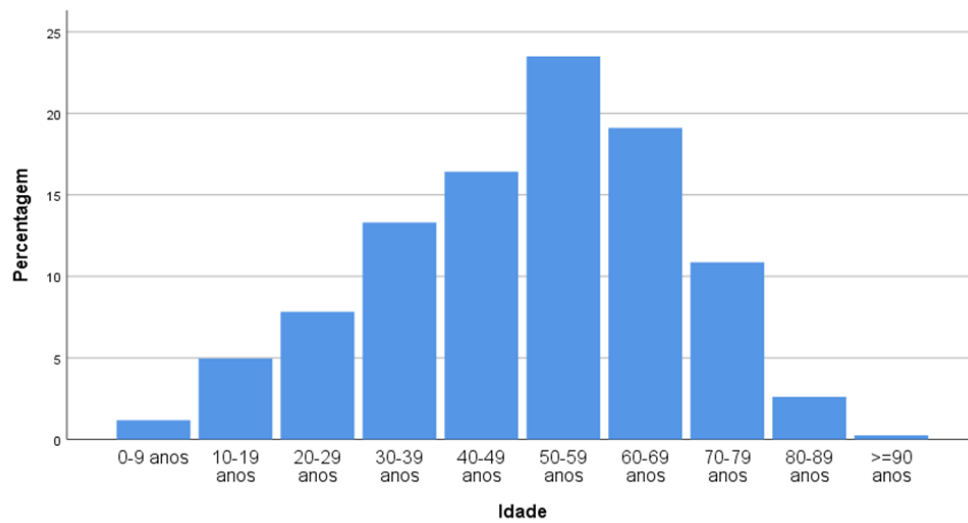


**Figura 1. Seleção da amostra do presente estudo.** De um Ni (total inicial) de 1623 biópsias, foram excluídos 175 por não pertencerem à região-alvo ou por não possuírem registo de diagnóstico histológico, resultando um Nf (total final) de 1448 casos.

### 2. Caracterização da Amostra

De um total de 1448 biópsias, 57,1% foi de pacientes do género feminino e 42,1% de pacientes do género masculino, correspondendo a um total de 826 e 610 biópsias, respetivamente. Note-se que houve 0,8% de biópsias sem registo de género (N= 12). Em termos de percentagem válida, corresponde a 57,5% de pacientes do género feminino e 42,5% do género masculino.

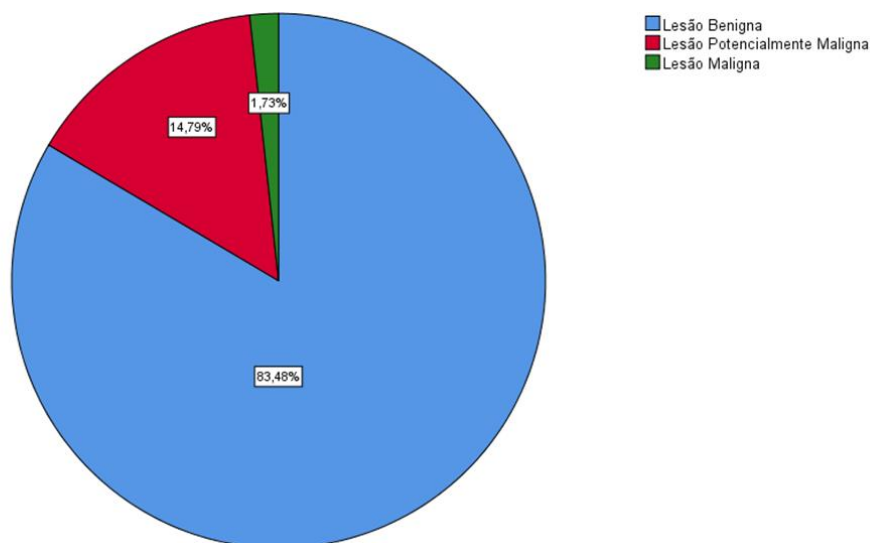
Na mesma amostra, a idade variou entre os 4 e os 91 anos, verificando-se uma média de 50,14 (com desvio padrão  $\pm 17,61$  anos). A faixa etária mais comum foi dos 50 aos 59 anos, como demonstrado no gráfico 1. Em termos de percentagem válida, observou-se que 4,5 % da amostra pertenceria ao grupo jovem, 72,3% ao grupo adulto e 23,2% ao grupo idoso.



**Gráfico 1. Distribuição da amostra por faixas etárias**

### 3. Diagnóstico Histológico

De 1448 lesões biopsadas, 1199 corresponderam a lesões benignas, 224 a lesões potencialmente malignas e 25 a lesões malignas.



**Gráfico 2. Distribuição da amostra por tipo de lesão**

**Tabela 1. Frequência absoluta e relativa de cada tipo de lesão e respetiva distribuição de género, idade e localização predominante**

Natureza da Lesão	n	%	Género		Idade (média $\pm$ $\sigma$ )	Localização predominante (%)
			F	M		
<b>Lesão Benigna</b>	1199	82,8	677	512	48,71 $\pm$ 17,96	Mucosa jugal, fundo do vestibulo e mucosa alveolar (17,6%)
<b>Lesão Potencialmente Maligna</b>	224	15,5	136	87	55,95 $\pm$ 14,02	Mucosa jugal, fundo do vestibulo e mucosa alveolar (39,7%)
<b>Lesão Maligna</b>	25	1,7	13	11	64,09 $\pm$ 12,69	Língua (44,0%)
<b>Total</b>	1448	100	826	610	50,14 $\pm$ 17,61	Mucosa jugal, fundo do vestibulo e mucosa alveolar (20,8%)

Cada um dos fatores descritos na tabela 1 será posteriormente abordado na respetiva categoria, procedendo-se à caracterização das suas eventuais associações.

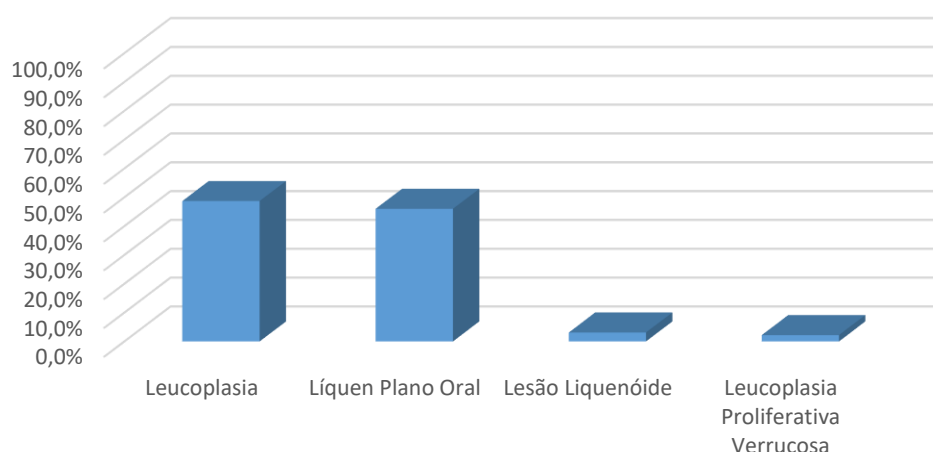
Verificou-se que os 10 diagnósticos mais comuns incluíram 8 tipos de lesões benignas, sendo elas a Hiperplasia Fibrosa Focal com 25,6%, Quisto Radicular com 8,4%, Granuloma Apical com 6,4%, Papiloma escamoso com 5,8%, Mucocelo com 5,0%, Granuloma Piogénico com 2,9%, Queratose Friccional com 2,1% e Hiperplasia Fibrosa Inflamatória com 2,0%; e 2 tipos de lesões potencialmente malignas, a Leucoplasia com 7,5% e o Líquen Plano Oral com 7,1%, como descrito na tabela 2. A frequência de cada entidade estudada encontra-se em anexo.

Registaram-se 78 diagnósticos distintos de lesões benignas, sendo o mais frequente a Hiperplasia Fibrosa Focal, perfazendo 30,7% do seu grupo. Esta patologia revelou uma média de idade de 52,70 anos, verificando-se preferencialmente na mucosa jugal, fundo do vestibulo e mucosa alveolar (28,6%).

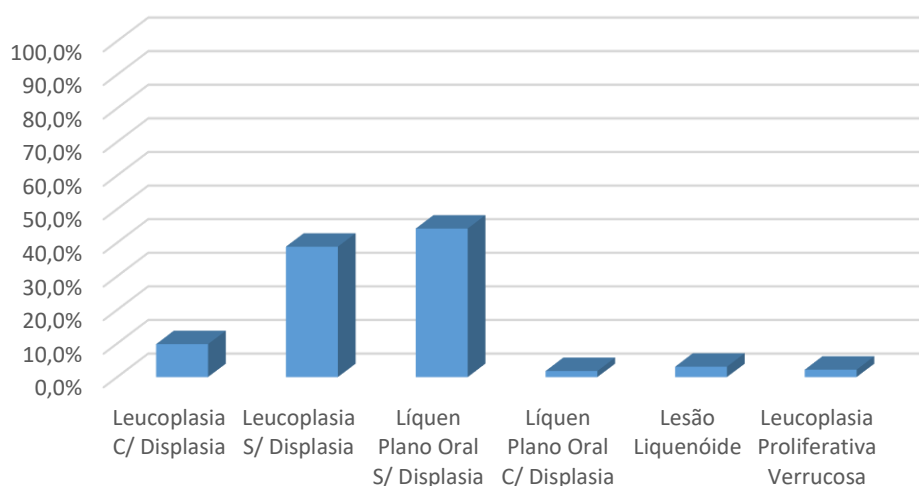
**Tabela 2. Frequência absoluta e relativa dos 10 diagnósticos mais comuns e respetiva distribuição de género, idade e localização anatômica predominante**

Diagnóstico	n	%	Género		Idade (média $\pm$ $\sigma$ )	Localização predominante (%)
			F	M		
<b>Hiperplasia Fibrosa Focal</b>	371	25,6	237	131	52,70 $\pm$ 15,21	Mucosa jugal, fundo do vestíbulo e mucosa alveolar (28,6%)
<b>Quisto Radicular</b>	121	8,4	60	60	44,40 $\pm$ 16,34	Maxilar superior - anterior (22,3%)
<b>Leucoplasia</b>	109	7,5	53	56	56,60 $\pm$ 12,86	Língua (22,1%); Mucosa jugal, fundo do vestíbulo e mucosa alveolar (22,1%)
<b>Líquen Plano Oral</b>	103	7,1	72	26	54,87 $\pm$ 13,42	Mucosa jugal, fundo do vestíbulo e mucosa alveolar (56,6%)
<b>Granuloma Apical</b>	93	6,4	59	34	42,67 $\pm$ 13,02	Maxilar superior - anterior (30,1%)
<b>Papiloma</b>	84	5,8	41	42	47,27 $\pm$ 16,46	Palato mole (15,5%)
<b>Mucocelo</b>	73	5,0	28	45	27,38 $\pm$ 15,62	Lábio inferior (32,9%)
<b>Granuloma Piogénico</b>	42	2,9	26	15	49,54 $\pm$ 23,47	Outras localizações não especificadas (19%); Gengiva, rebordo edêntulo e área retromolar (16,7%)
<b>Queratose Friccional</b>	31	2,1	15	16	52,19 $\pm$ 16,51	Mucosa jugal, fundo do vestíbulo e mucosa alveolar (30%)
<b>Hiperplasia Fibrosa Inflamatória</b>	29	2,0	20	9	56,72 $\pm$ 15,07	Outras localizações não especificadas (31,0%); Gengiva, rebordo edêntulo e área retromolar (17,2%)
<b>Total</b>	1020	100	593	420	50,14 $\pm$ 17,61	Mucosa jugal, fundo do vestíbulo e mucosa alveolar (20,9%)

No que diz respeito às lesões potencialmente malignas, encontraram-se 4 entidades distintas, sendo a Leucoplasia a mais frequente (48,7%). No entanto, quando observamos o fator ‘presença de displasia epitelial’, verifica-se que o diagnóstico histológico mais comum é o Líquen Plano Oral Sem Displasia, representando 44,2% do respetivo grupo. Por outro lado, o diagnóstico menos comum foi o Líquen Plano Oral com Displasia com 1,8%, como demonstrado no gráfico 4.



**Gráfico 3. Entidades – Lesões Potencialmente Malignas**



**Gráfico 4. Diagnósticos – Lesões Potencialmente Malignas**

Verificou-se que o Líquen Plano Oral sem Displasia foi diagnosticado numa média de idade de 54,87 anos, sendo que a língua foi a localização predominante com uma percentagem de 14,1%, como descrito na tabela 3.

Já a Leucoplasia sem Displasia, que ocupou o segundo lugar deste grupo patológico, demonstrou ser diagnosticada numa média de idade de 56,60 anos, e revelou-se mais frequente tanto na língua como nas áreas não queratinizadas, especificamente a mucosa jugal, fundo do

vestíbulo e mucosa alveolar, ambos com percentagem de 22,1%. Tanto estes dados, como aqueles relativos às lesões potencialmente malignas encontram-se representados na tabela 3.

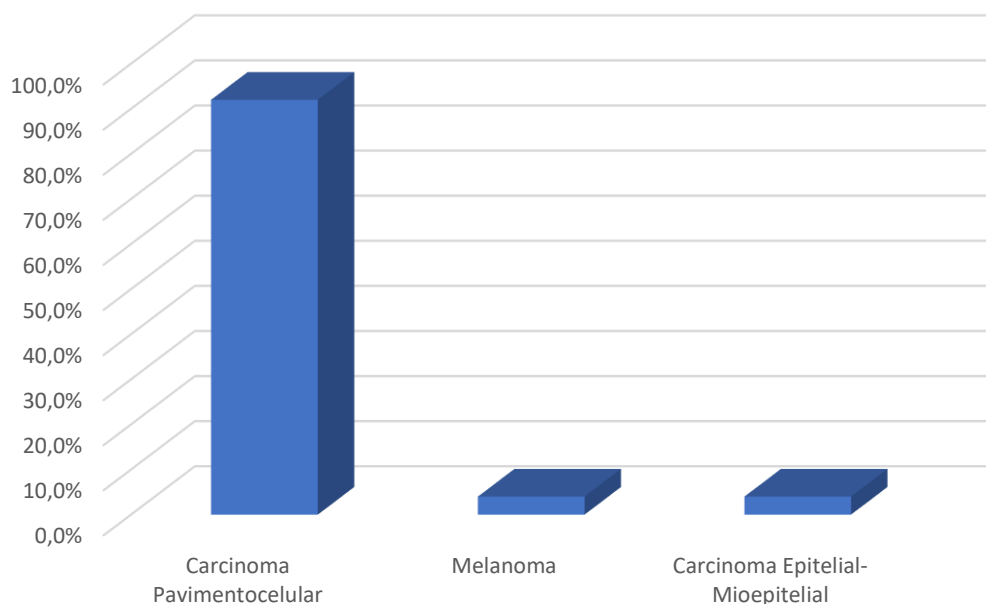
**Tabela 3. Características das Lesões Potencialmente Malignas**

Diagnóstico	n	%	Género		Idade ( média $\pm$ $\sigma$ )	Localização predominante (%)
			F	M		
<b>Líquen Plano Oral S/ Displasia</b>	99	44,2	72	26	54,87 $\pm$ 13,42	Língua* (14,1%)
<b>Leucoplasia S/ Displasia</b>	87	38,8	40	47	56,60 $\pm$ 12,86	Língua* (22,1%) e Mucosa jugal; fundo do vestíbulo e mucosa alveolar* (22,1%)
<b>Leucoplasia C/ Displasia</b>	22	9,8	13	9	57,86 $\pm$ 18,24	Língua* (27,3%)
<b>Lesão Liqueatóide</b>	7	3,1	5	2	49,67 $\pm$ 18,23	Língua* (28,6%) e Mucosa jugal; fundo do vestíbulo e mucosa alveolar* (28,6%)
<b>Leucoplasia Proliferativa Verrucosa</b>	5	2,2	3	2	53,60 $\pm$ 15,44	Ventre da Língua (20,0%) ; Pavimento Bucal* (20,0%); Gengiva, Rebordo edêntulo e Área retromolar (20,0%); Mucosa jugal; fundo do vestíbulo e mucosa alveolar (20,0%); Outras localizações (20,0%)
<b>Líquen Plano Oral C/ Displasia</b>	4	1,8	2	2	69,25 $\pm$ 5,91	Ventre da Língua (25,0%); Bordo da Língua (25,0%); Língua* (25,0%); Mucosa jugal; fundo do vestíbulo e mucosa alveolar* (25,0%)
<b>Total</b>	224	100,0	130	83	55,95 $\pm$ 14,02	Mucosa jugal; fundo do vestíbulo e mucosa alveolar* (37,4%)

\*Não Especificado



Relativamente às lesões malignas, o Carcinoma Pavimentocelular representou 92% da sua população-grupo, sendo que apenas se registou 1 caso de Melanoma e 1 caso de Carcinoma Epitelial-Mioepitelial, como observado no gráfico 5 e tabela 4.



**Gráfico 5. Diagnósticos – Lesões Malignas**

O Carcinoma Pavimentocelular foi diagnosticado numa média de idade de 63,45 anos, manifestando-se preferencialmente na língua (34,8%).

**Tabela 4. Características das Lesões Malignas**

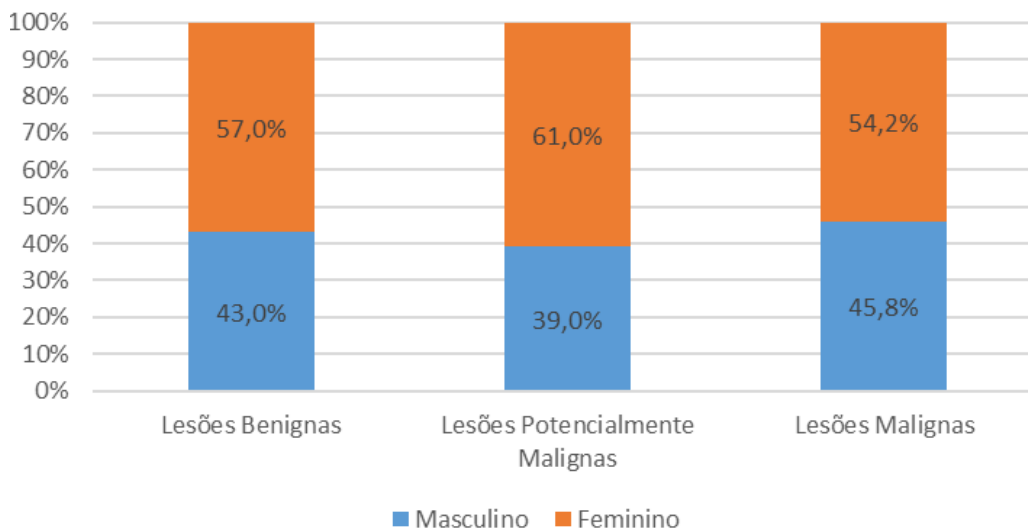
Diagnóstico	n	%	Género		Idade ( média $\pm$ $\sigma$ )	Localização predominante (%)
			F	M		
<b>Carcinoma Pavimentocelular</b>	23	92,0%	11	11	63,45 $\pm$ 13,16	Língua* (34,8%)
<b>Melanoma</b>	1	4,0%	1	0	**	Palato Duro (100,0%)
<b>Carcinoma Epitelial-Mioepitelial</b>	1	4,0%	1	0	**	Outras localizações (100,0%)
<b>Total</b>	25	100,0%	13	11	64,09 $\pm$ 12,69	Língua* (32,0%)

\*Não Especificado

\*\* Só houve um caso, pelo que a média não se aplica

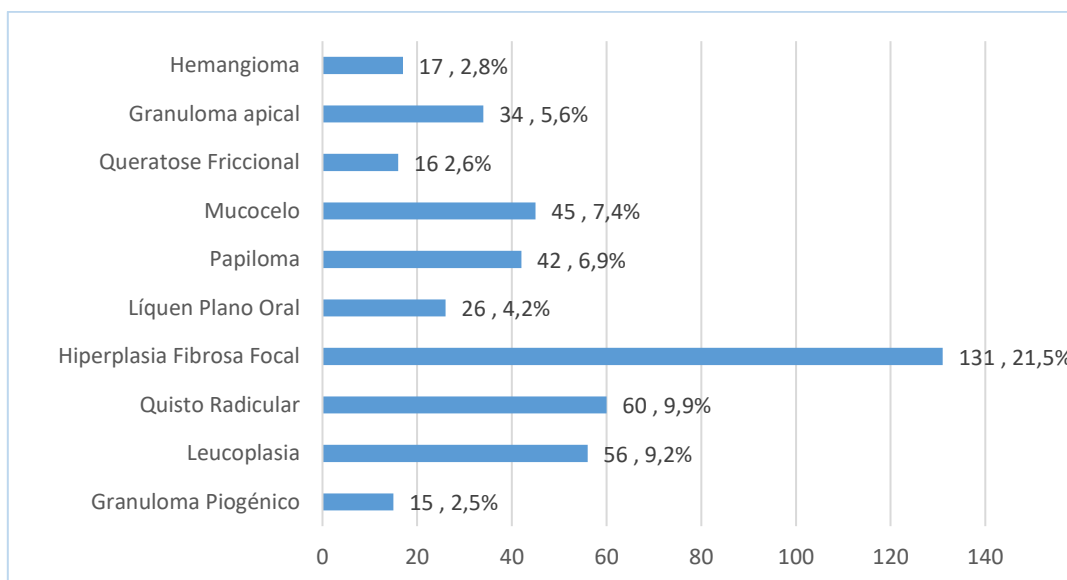
#### 4. Género

Relativamente ao género, salienta-se que o género feminino foi predominante em todos os tipos de lesão, como se observa no gráfico 6. No entanto, o valor p para testar esta possível relação foi superior a 0,05, pelo que esta não é estatisticamente significativa ( $p=0,519$ ).

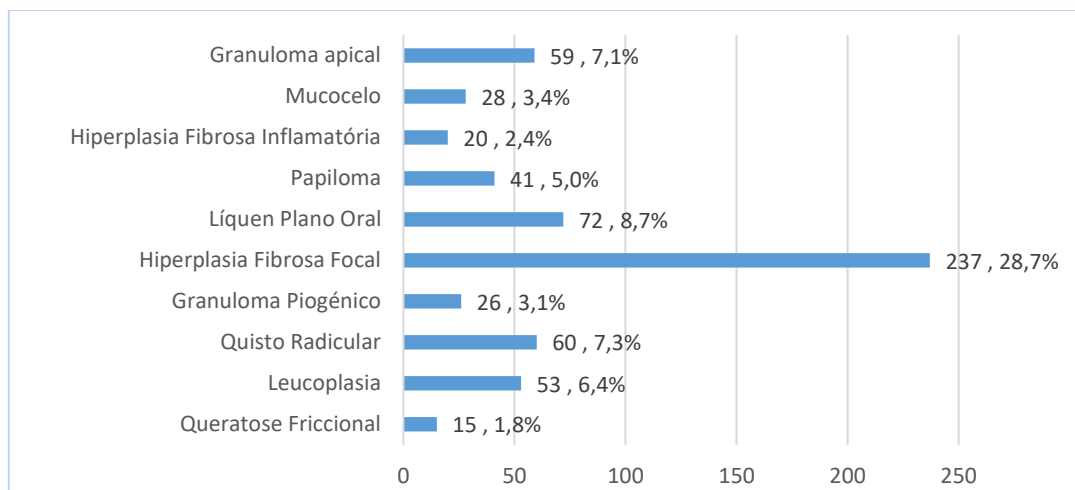


**Gráfico 6. Distribuição de género por tipo de lesão**

A lesão mais frequente no género feminino foi a Hiperplasia Fibrosa Focal, à semelhança do que se sucede no género masculino.



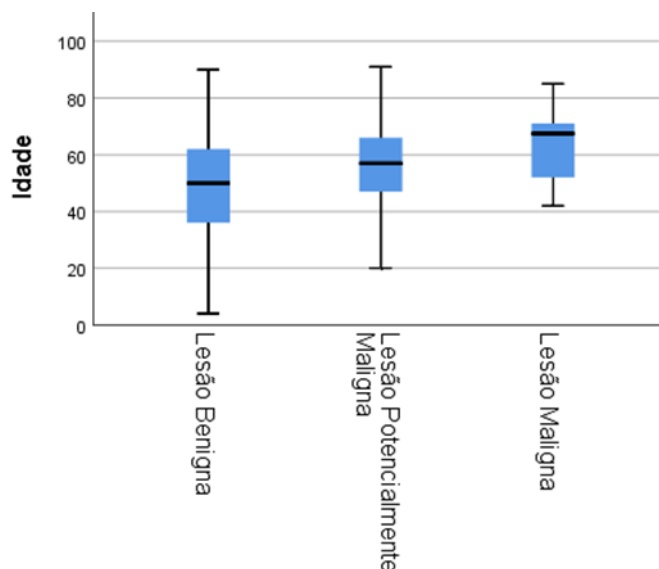
**Gráfico 7. 10 Diagnósticos histológicos mais comuns no género masculino. Frequência absoluta e relativa.**



**Gráfico 8. 10 Diagnósticos histológicos mais comuns no género feminino.** Frequência absoluta e relativa.

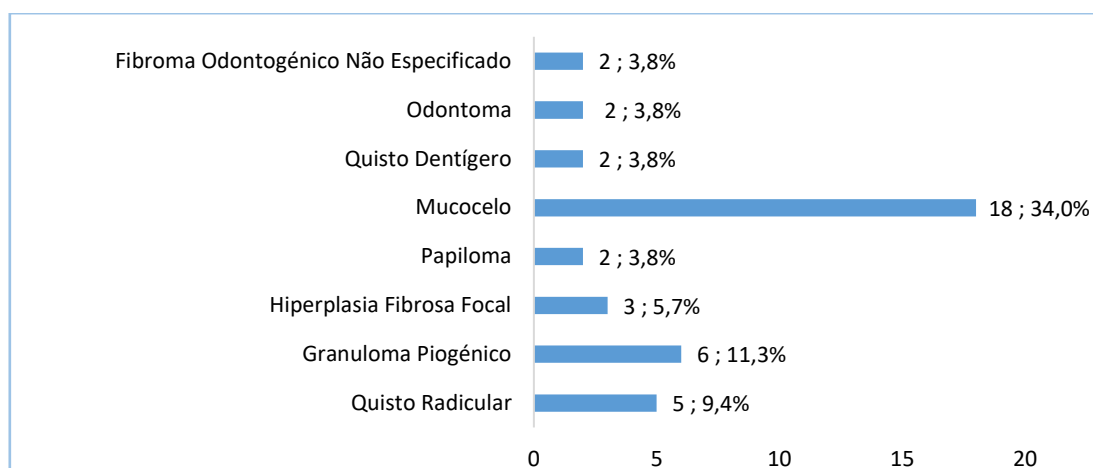
## 5. Faixa Etária

Foi usado um teste Kruskal-Wallis, onde se verifica que a idade, em média, na lesão maligna é significativamente superior à idade dos outros 2 tipos de lesão, tendo sido esta premissa conferida através de comparações por Método Pairwise. As lesões malignas e potencialmente malignas prevalecem em idades mais avançadas. ( $p=0,000$ )

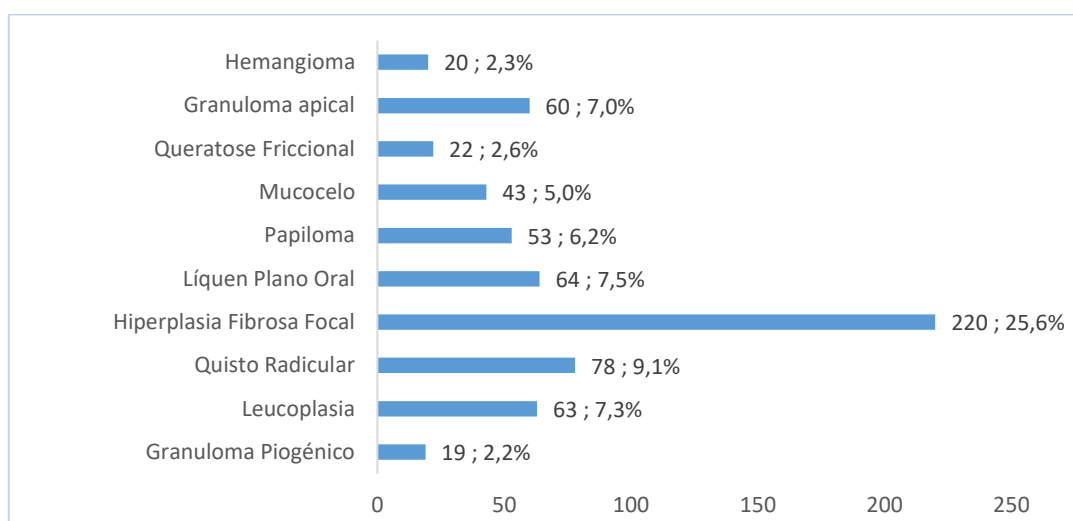


**Gráfico 9. Distribuição de idade por tipo de lesão.**

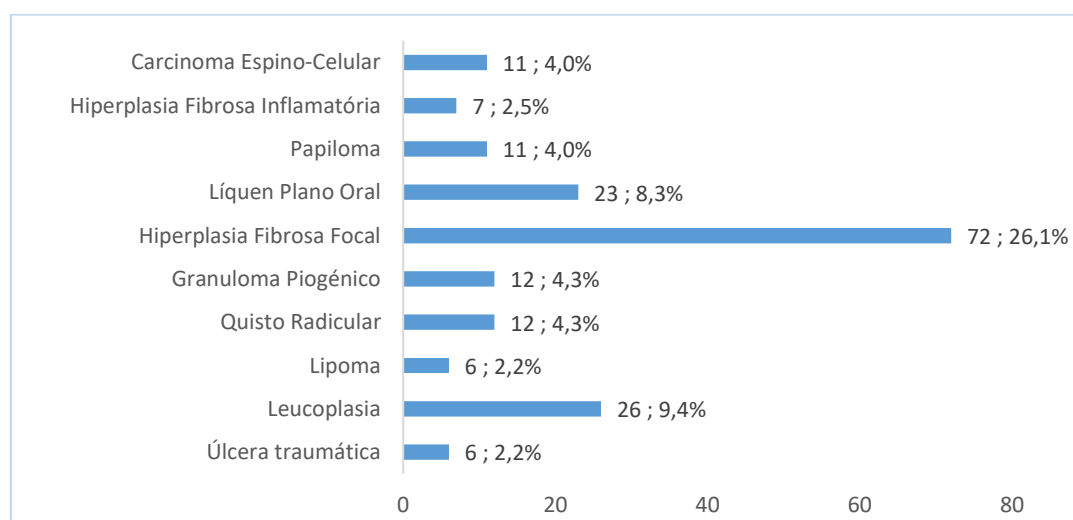
No grupo jovem, verificou-se que 34,0% das lesões correspondiam a mucocelos. (Gráfico 9) A Hiperplasia Fibrosa Focal foi a lesão mais frequente tanto no grupo adulto, ocupando 25,6% das lesões biopsadas, como no grupo idoso com uma percentagem de 26,1%. (Gráficos 10 e 11)



**Gráfico 10. 8 Diagnósticos mais comuns no grupo jovem.** Frequência absoluta e relativa. A frequência dos restantes diagnósticos é inferior a 1, pelo que se expôs apenas os 8 primeiros.



**Gráfico 11. 10 Diagnósticos mais comuns no grupo adulto.** Frequência absoluta e relativa.



**Gráfico 12. 10 Diagnósticos mais comuns no grupo idoso.** Frequência absoluta e relativa.

## 6. Localização Anatômica

A localização mais frequente foi a mucosa jugal, fundo do vestibulo e mucosa alveolar (áreas não queratinizadas), com 300 lesões associadas, perfazendo um total de 20,7% da amostra, sendo a língua a segunda localização mais frequente com 14,5% (n=210). Por outro lado, verifica-se que a localização menos comum foi a orofaringe em que se registaram apenas 3 lesões associadas, como representado na tabela 5.

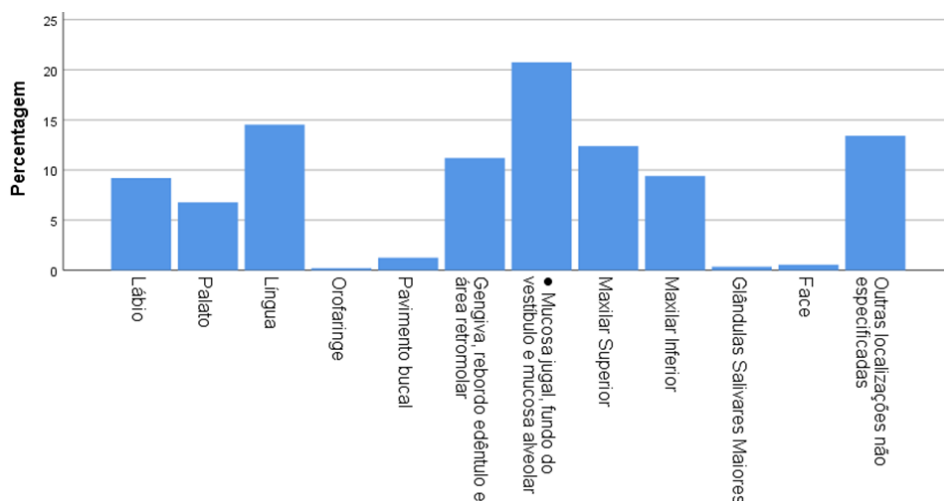
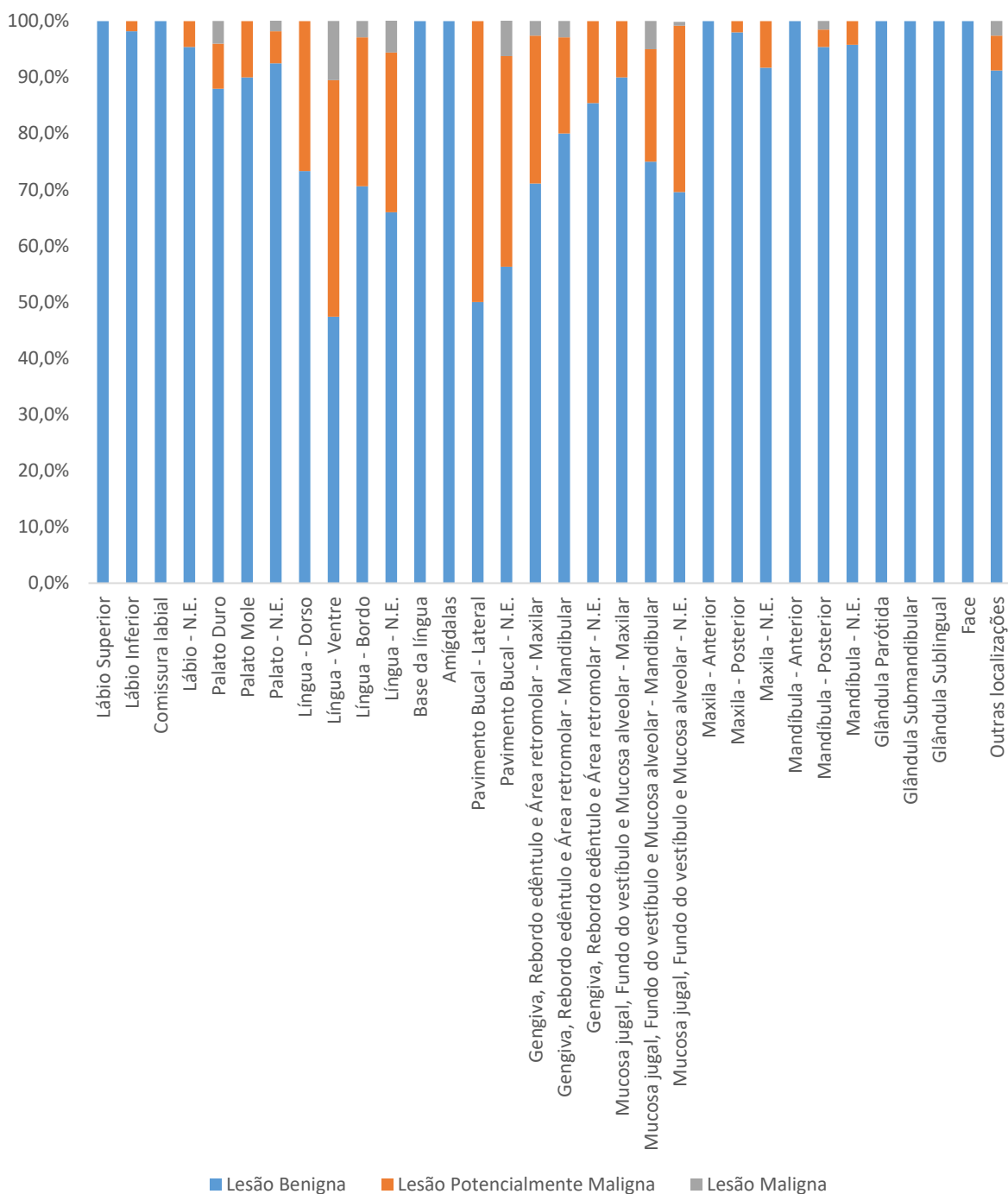


Gráfico 13. Distribuição das lesões por localização anatômica

Tabela 5. Frequência de lesões por localização anatômica

Localização	n	%
Lábio	133	9,2
Palato	98	6,8
Língua	210	14,5
Orofaringe	3	0,2
Pavimento Bucal	18	1,2
Gengiva, Rebordo edêntulo e Área retromolar	162	11,2
Mucosa jugal, Fundo do vestibulo e Mucosa alveolar	300	20,7
Maxila	179	12,4
Mandíbula	136	9,4
Glândulas Salivares Maiores	5	0,3
Face	8	0,6
Outras localizações não especificadas	196	13,4
Total	1448	100

Para cada localização, foram averiguadas as frequências relativas dos tipos de lesão, cujos resultados se expõem no gráfico 14. De realçar que não houve lesões registadas na úvula nem no pavimento bucal na sua porção anterior, pelo que não se encontram representadas.

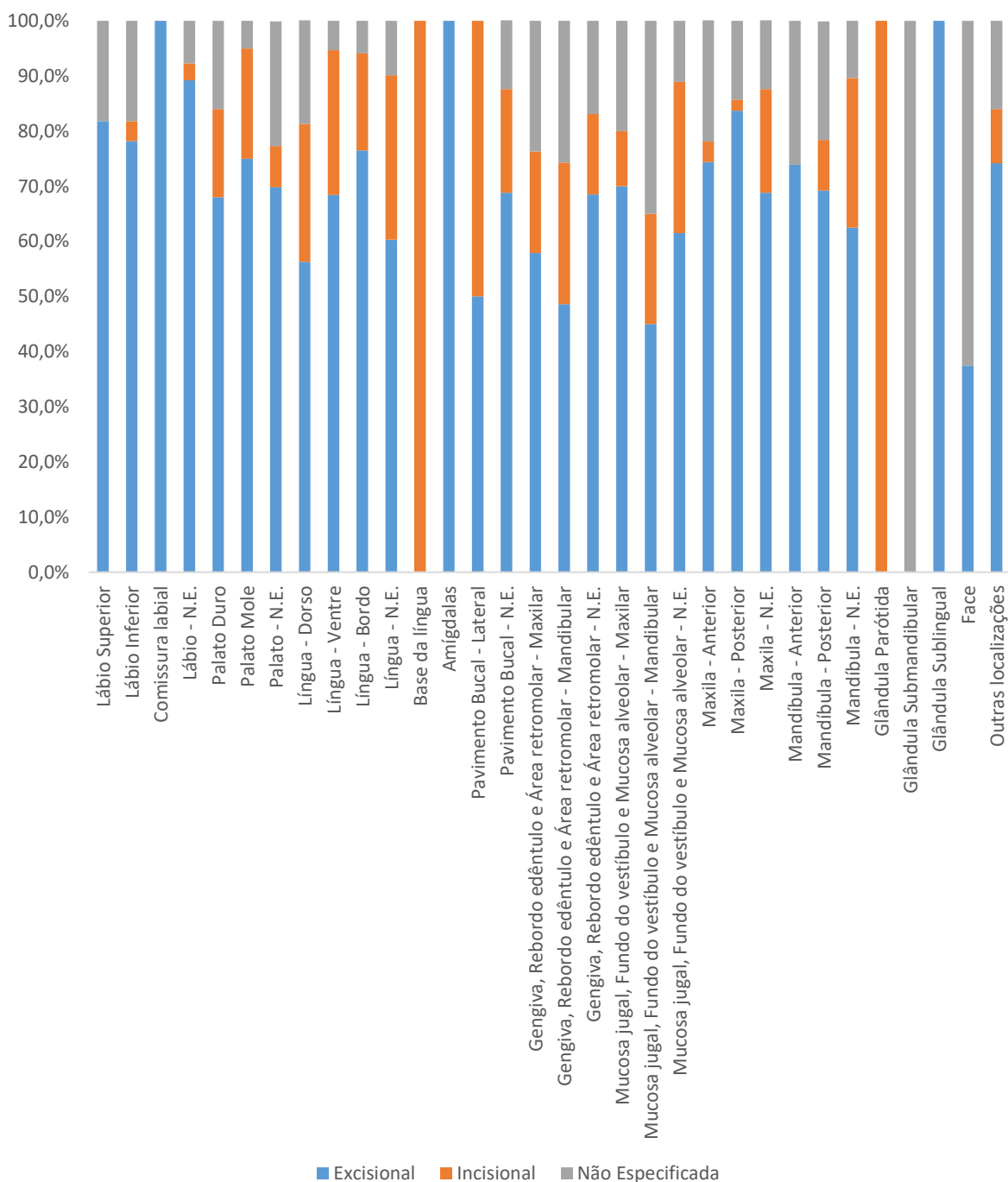


**Gráfico 14. Frequências relativas do tipo de lesão por localização.** Legenda: N.E. – Não Especificado

As localizações com maior frequência de lesões malignas e potencialmente malignas foram a língua, sendo o ventre o principal destaque, e o pavimento bucal em segundo lugar.

Em todas as localizações, verificou-se uma maior frequência das lesões benignas, sendo que esta variou entre 47,4% e 100,0%. A localização com menor percentagem de benignidade foi o ventre da língua, ao passo que outras localizações como o lábio superior, comissura labial, base da língua, amígdalas, maxila anterior, mandíbula posterior, glândula parótida, glândula

submandibular, glândula sublingual e face apresentaram um total de benignidade. Verificou-se haver relação entre tipo de lesão e localização, uma vez que  $p = 0,033$ . As frequências pormenorizadas estão descritas nos apêndices.



**Gráfico 15. Frequências relativas do tipo de biópsia por localização.** Legenda: N.E. – Não Especificado

Como se pode visualizar no gráfico 15, na maior parte das localizações o tipo de biópsia praticada foi excisional, ao contrário do que acontece tanto na base da língua como na parótida, em que o tipo de biópsia efetuada foi apenas incisional.

De notar que no pavimento bucal lateral, houve a mesma percentagem de biópsias excisionais e incisionais, com 50% cada.

No lábio superior, verificou-se que a lesão mais frequente é o Papiloma, perfazendo um total de 27,3% das lesões encontradas nesta localização. Por outro lado, no lábio inferior a lesão mais comum é o Mucocelo com 43,6%. Na comissura labial, a Hiperplasia Fibrosa Focal ocupou um total de 100%.

No palato duro, a lesão com maior frequência foi a Hiperplasia Fibrosa Focal com 36,0%, enquanto no palato mole a lesão mais encontrada foi Papiloma com 65,0%.

Relativamente à língua, tanto no dorso como no bordo, a lesão mais comumente encontrada fora a Hiperplasia Fibrosa Focal com 33,3% e 26,5% respetivamente. Por outro lado, no ventre da língua fora a Leucoplasia com Displasia e Mucocelo, ambos com uma percentagem de 15,8%.

Na base da língua, apenas se diagnosticou Úlcera Traumática (100%). Já nas amígdalas o único diagnóstico registado fora Papiloma (100%).

No pavimento bucal lateral, a Leucoplasia com Displasia e a Hiperplasia Fibrosa Focal foram encontradas na mesma proporção (50%-50%).

No que respeita às áreas queratinizadas, nomeadamente gengiva, rebordo edêntulo e área retromolar, na maxila a Leucoplasia sem Displasia e a Hiperplasia Fibrosa Focal foram as lesões mais diagnosticadas, ambas com 18,4%; enquanto na mandíbula a Hiperplasia Fibrosa Focal prevaleceu com 31,4%.

Nas áreas não queratinizadas, nomeadamente na mucosa jugal, fundo do vestíbulo e mucosa alveolar, tanto na maxila como na mandíbula, a Hiperplasia Fibrosa Focal também se mostrou mais frequente com 50,0% e 25,0%, respetivamente.

O Granuloma Apical foi a lesão mais frequentemente diagnosticada na maxila tanto em anterior como em posterior, perfazendo 34,1% e 32,7%, respetivamente.

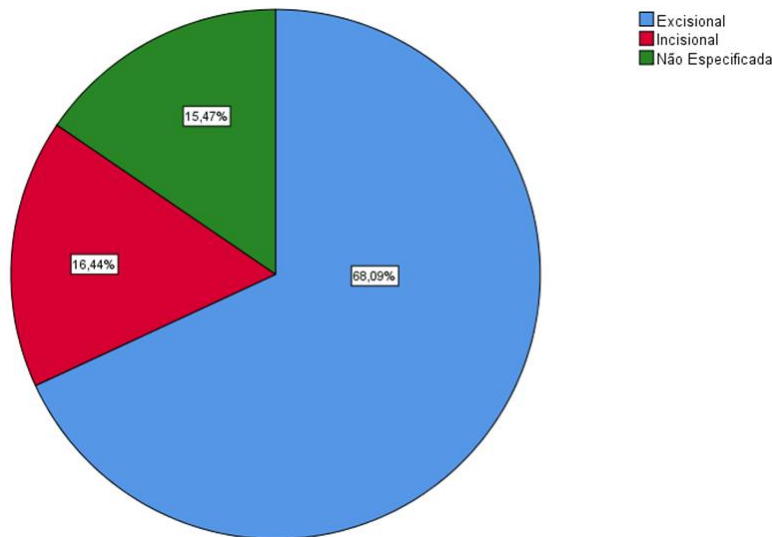
Na mandíbula anterior, o Quisto Radicular foi o diagnóstico mais frequente com 47,8%. Já na mandíbula posterior, o Granuloma Apical foi a lesão mais comum com 29,2%.

No que concerne às glândulas salivares maiores, na parótida apenas se verificou um sialólito (100%), à semelhança do que se sucede na glândula submandibular, onde também somente se diagnosticou uma sialodenite.



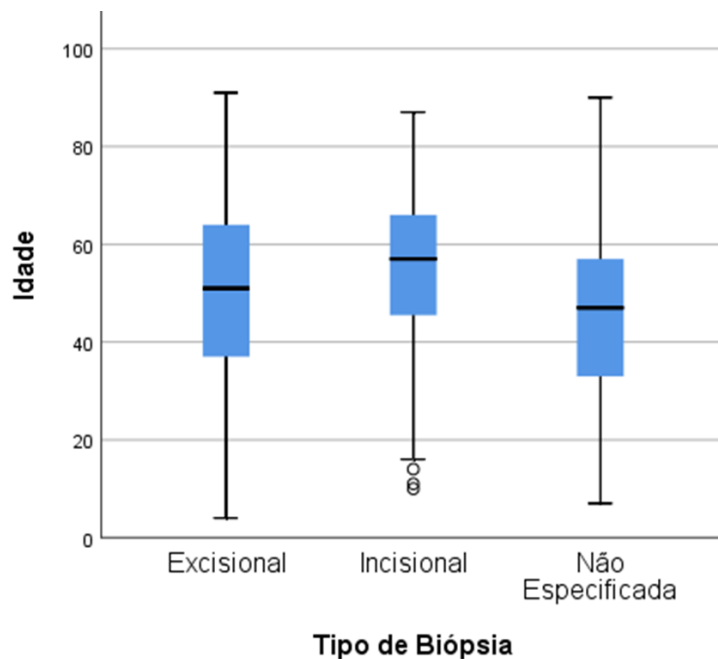
Na face, o Nevus Melanótico Não Específico e a Hiperplasia Fibrosa Focal demonstraram-se ser os diagnósticos mais frequentes, ambos com 25,0%.

## 7. Tipo de Biópsia



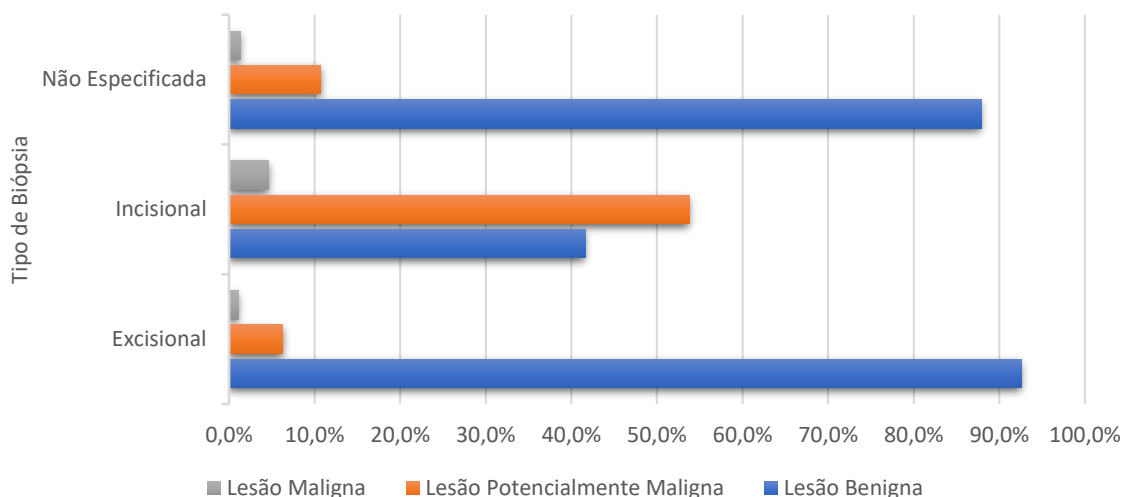
**Gráfico 16. Tipo de Biópsia**

De um total de 1448 biópsias efetuadas, 68,09% tratou-se de biópsias excisionais, 16,44% biópsias incisionais e 15,47% não tinham essa informação especificada, como se observa no gráfico 16.



**Gráfico 17. Distribuição da idade por tipo de biópsia.**

Foi explorada uma possível relação entre a idade e o tipo de biópsia usando o teste de Kruskal-Wallis, pelo qual se verificou existir diferenças estatisticamente significativas entre os tipos de biópsias, sendo que, em média, a idade mostrou ser superior quando efetuada biópsia incisional, relativamente aos outros 2 tipos de biópsia ( $p=0,000$ ). (Gráfico 17)

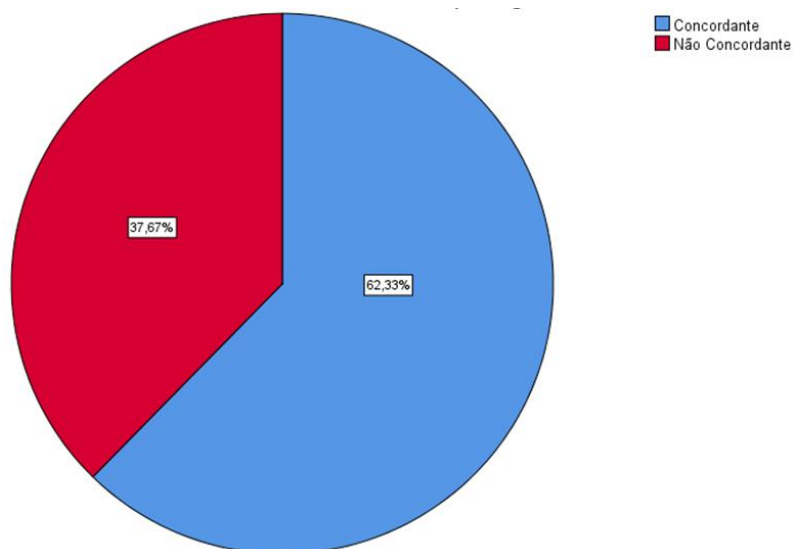


**Gráfico 18. Distribuição do tipo de lesão quanto ao tipo de biópsia efetuada**

Outro dado que se constatou foi que quando se efetuou biópsia incisional, a percentagem de lesões potencialmente malignas foi superior à percentagem de lesões benignas ao contrário do que se sucede nas biópsias excisionais. De realçar também que o tipo de biópsia com maior percentagem de lesões malignas fora a incisional, como demonstrado no gráfico 18. Dados relacionados mais pormenorizados encontram-se nos apêndices.

## 8. Concordância entre Diagnóstico Clínico e Diagnóstico Histológico

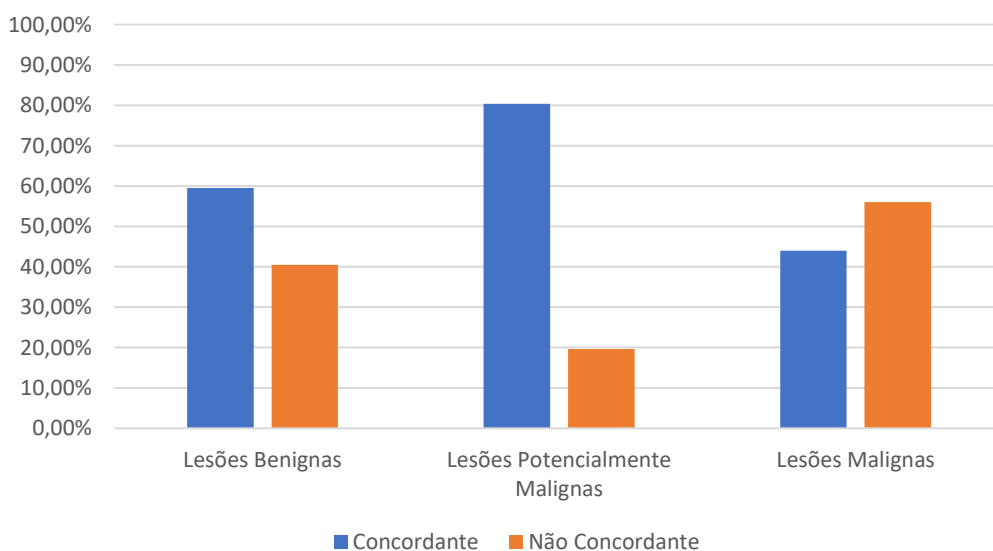
Na maioria dos casos estudados, verifica-se uma concordância entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico histológico, com um total de 902 casos concordantes, perfazendo 62,3% do total da amostra de estudo. Por outro lado, não se verificou concordância em 37,7% ( $n=546$ ) dos casos.



**Gráfico 19. Concordância clínico-patológica**

De constatar que o grupo das lesões potencialmente malignas revelou ter a percentagem de concordância clínico-patológica superior, 80,4% (n=177), havendo apenas 19,6% de casos não concordantes (n=47), contrariamente ao que se verifica no grupo das lesões malignas, onde se verifica a menor percentagem de concordância entre os diagnósticos, 44,0% (n= 11), e 56,0% (n=14) não concordante.

Por outro lado, no que respeita às lesões benignas, em 59,5% dos casos houve confirmação do diagnóstico clínico por estudo histológico (n=714), e em 40,5% das biópsias (n=485) não se verificou esta concordância, como se pode observar no gráfico 20.



**Gráfico 20. Concordância clínico-patológica nos diferentes tipos de lesão**

## V. DISCUSSÃO

As lesões da região oromaxilofacial abrangem um vasto conjunto de alterações que podem ser impercetíveis ao doente ou ter graves implicações na sua qualidade de vida.<sup>(6-7)</sup>

Dada a diversidade de patologias e suas características, é importante o médico dentista estar ciente do mais comum para a sua prática clínica diária, estando apto tanto para diagnosticar doenças e condições simples como para despistar situações mais graves. Desta forma, torna-se essencial haver estudos epidemiológicos que descrevam tanto a frequência das lesões oromaxilofaciais como as suas características predominantes.<sup>(3,6)</sup>

Este estudo envolveu 1448 casos, descrevendo biópsias desde 1999 até 2019, realizadas na FMDUL. Apesar da amostra se revelar mais pequena do que a usada por Monteiro *et al.*<sup>(3)</sup>, onde foram analisadas 3212 biópsias orais efetuadas num período de 16 anos, no Centro Hospitalar do Porto, o presente estudo constitui por si o maior realizado em ambiente universitário, até à data.

A análise mostrou uma frequência ligeiramente maior de lesões oromaxilofaciais no género feminino em relação ao género masculino, estando de acordo com outros estudos.<sup>(3,8-9)</sup> Isto poderá ser explicado por um lado, pela maior população feminina em Portugal, tal como demonstrado nos resultados dos Censos de 2011, e por outro pelo facto de haver um maior cuidado e preocupação com a saúde oral por parte das mulheres.<sup>(10)</sup> Esta frequência verificou-se para todos os tipos de lesão, em contraste ao que se encontra noutros estudos no que respeita às lesões potencialmente malignas e às lesões malignas, em que o género masculino foi preponderante.<sup>(3,11)</sup> É de salientar ainda que, apesar de não se ter demonstrado nenhuma relação significativa entre o género e o tipo de lesão, o número total de lesões dos grupos LPM e LM foi bastante reduzido, pelo que são necessários mais estudos acerca desta possível associação.

No presente estudo, a idade variou entre 4 e 91 anos, demonstrando que as lesões da cavidade oral podem surgir em qualquer altura da vida. No entanto, os dados mostraram que a faixa etária com maior frequência de patologias foi dos 50 aos 59 anos. Já no que concerne às LPM e LM, verificou-se uma maior preponderância em idades mais avançadas, constatando-se que no grupo jovem apenas se presenciaram LB como as mais comuns, enquanto no grupo idoso as LM já fazem parte das patologias mais frequentes. Estes dados são consistentes com a literatura, onde a idade avançada é um importante fator de risco não modificável para as doenças oncológicas.<sup>(3,12-18)</sup>

As lesões benignas foram o tipo de lesão mais comum na população estudada, sendo que a Hiperplasia Fibrosa Focal representou 25,6% do seu total. Esta alteração foi mais encontrada

em pacientes do género feminino, na quinta década de vida. Sendo esta uma hiperplasia de tecido conjuntivo fibroso que se desenvolve em resposta ao trauma, a sua ocorrência preferencial em áreas não queratinizadas, nomeadamente na mucosa jugal, fundo do vestíbulo e mucosa alveolar, poderá ser enquadrada com o facto destas áreas se relacionarem com fatores de trauma, como por exemplo, plano oclusal e limites de próteses, estando de acordo com os dados encontrados noutros estudos epidemiológicos.<sup>(3,16,19-21)</sup>

No que respeita às lesões potencialmente malignas, a Leucoplasia foi a terceira entidade mais frequente da população total em estudo com 7,5%, e a primeira do seu grupo perfazendo 48,7%. Esta patologia concentrou-se em pacientes do género masculino em idades compreendidas entre os 50 e os 59 anos, manifestando-se com especial preferência na língua e nas áreas não queratinizadas (mucosa jugal, fundo do vestíbulo e mucosa alveolar), à semelhança do que é reportado por outros estudos.<sup>(3,8,19,21)</sup> Já o Líquen Plano Oral ocupou o quarto lugar dos diagnósticos mais comuns da população total em estudo (7,1%), tendo sido a doença mais frequente do seu grupo, quando considerada a presença ou ausência de displasia, perfazendo 46,0% das LPM. Esta patologia concentrou-se em pacientes do género feminino em idades compreendidas entre os 50 e os 59 anos, manifestando-se em mais de metade nas áreas não queratinizadas (mucosa jugal, fundo do vestíbulo e mucosa alveolar), o que se encontra concordante com a literatura.<sup>(12,19,21-22)</sup>

O Carcinoma Pavimentocelular foi o tipo de cancro mais frequente da sua população grupo, com uma percentagem de 92,0%, surgindo numa média de idade de 63,45 anos, manifestando-se preferencialmente na língua, à semelhança do que é reportado por vários estudos.<sup>(3,8-9,11,14-15)</sup> Contudo, no atual estudo, no que concerne ao género, esta doença sucedeu de forma igual no género feminino e masculino, em contraste ao reportado pela literatura.<sup>(3,8-9,14-15,24)</sup> Esta divergência poderá ser devido ao facto da amostra relativa às doenças oncológicas ser muito reduzida, e por isso tratar-se de uma amostra aleatória, considerando que a população feminina em Portugal é superior à população masculina e que a mesma procura ter mais cuidados com a sua saúde oral, como referido anteriormente.

No grupo jovem, dos 0 aos 17 anos de idade, o Mucocelo foi a patologia mais frequente totalizando 34,0% do seu respetivo grupo, sendo mais comum no género masculino do que no género feminino, com localização preferencial no lábio inferior, o que se verifica consistente com outros dados.<sup>(17, 23)</sup> Esta frequência poder-se-á explicar pelo facto de que idades mais precoces estão mais associadas a eventuais traumatismos que poderão estar na origem desta entidade.

Relativamente ao tipo de biópsia, os dados demonstraram que se efetua predominantemente biópsia excisional, estando de acordo com o demonstrado por Sixto-Requeijo e Diniz-Freitas.<sup>(8)</sup> Considerando que o tamanho e a natureza da lesão, entre outros fatores influenciam a tomada de decisão acerca do tipo de biópsia a realizar<sup>(4)</sup>, e fora verificada uma frequência de lesões benignas, sendo estas mais associadas a dimensões reduzidas, justifica-se esta predominância de biópsias excisionais. Por outro lado, verificou-se que as biópsias incisionais eram mais frequentes em localizações como o ventre da língua e o pavimento bucal, encontrando-se estas mais associadas a malignidade, o que se encontra concordante com dados prévios.<sup>(3,15,22,24)</sup> Foi ainda demonstrado que a idade era significativamente superior quando era executada biópsia incisional. Este dado correlaciona-se com o facto de que em idades mais avançadas, há tendência para uma maior percentagem de doenças oncológicas, pelo que neste tipo de lesões, o tipo de biópsia preferencial será incisional.<sup>(4)</sup>

Quanto à concordância entre o diagnóstico clínico e diagnóstico histológico, a mesma foi verificada em 62,3% dos casos estudados, salientando-se que nas LPM houve uma maior percentagem de confirmação do diagnóstico, ao contrário do que se sucede nas LM. De ressaltar que alguns dos dados foram perdidos, outros estariam incompletos, pelo que nessas situações fora aplicada uma ‘Não Concordância’, o que poderá enviesar os resultados nesse sentido.

Tal como referido anteriormente, algumas informações dos relatórios dos exames anatomopatológicos foram perdidas, ou estariam incompletas, pelo que nessas situações não foram definidos diagnósticos histológicos, distinguindo-se apenas 85 entidades distintas, o que se revela inferior à diversidade de patologias de outros estudos prévios.<sup>(3,9,19,25)</sup>

Note-se que o presente estudo tem por limitações uma amostra relativamente reduzida, e apesar de se tratar de um estabelecimento público, refere-se apenas à população frequentadora da Clínica Universitária da FMDUL, maioritariamente residente na área metropolitana de Lisboa. De modo adicional, carece de registo de informações essenciais para uma correta caracterização das doenças da cavidade oral, pelo que a extrapolação dos seus resultados deve ser feita dentro das suas restrições.

Tendo em consideração as limitações anteriormente levantadas, surge a necessidade de um estudo com uma amostra mais abrangente, a nível nacional. Desta forma, seria possível caracterizar as lesões mais frequentes e seus respetivos padrões na população portuguesa, de forma a comparar com estudos internacionais.

## VI. CONCLUSÃO

Este estudo incluiu uma amostra de 1448 biópsias ao longo de 20 anos, através do qual se verificou que as patologias de carácter benigno são as que mais afetam a cavidade oral, sendo a Hiperplasia Fibrosa Focal o diagnóstico mais frequente da população em estudo. Esta patologia manifesta-se predominantemente em áreas expostas a trauma de mordedura, como a mucosa jugal. Em segundo lugar, o Quisto Radicular foi a lesão mais comum, com localização preferencial na porção anterior do maxilar.

No que respeita às lesões potencialmente malignas, é de salientar que a Leucoplasia foi a entidade de destaque, sendo que se verificou uma ausência de displasia na grande maioria dos casos. Esta alteração verificou-se sobretudo na língua e áreas não queratinizadas. Por outro lado, tendo em consideração a presença ou ausência de displasia, o Líquen Plano Oral sem Displasia foi o diagnóstico histológico mais frequente do seu grupo, manifestando-se preferencialmente nas áreas não queratinizadas.

O Carcinoma Pavimentocelular foi a lesão maligna mais frequente, tendo-se verificado uma maior frequência na língua.

Apesar do género feminino ter uma maior percentagem em todos os tipos de lesão, não foi estabelecida uma relação estatisticamente significativa.

Tanto as lesões potencialmente malignas como as lesões malignas estão associadas a idades mais avançadas.

A biópsia excisional foi a mais realizada, sendo que se demonstrou haver uma associação entre biópsia incisional e idade mais avançada. Adicionalmente, observou-se uma maior frequência de lesões potencialmente malignas quando efetuada biópsia incisional.

Verificou-se haver na maioria dos casos, uma concordância entre o diagnóstico clínico e histológico.

O presente estudo reforça a ideia de que a Medicina Oral é, de facto, muito vasta, e que para uma boa prática clínica é necessário adquirir e aprofundar alguns conhecimentos desde a formação pré-graduada. Assim, este surge na expectativa de fomentar a procura do saber nesta área e auxiliar todos os estudantes e médicos dentistas no seu exercício clínico diário, especialmente na realização de diagnóstico diferencial, através da caracterização das patologias mais frequentes.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schmidt-Westhausen A, Bornstein M. Orale Medizin: Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Zahnmedizin [Oral medicine: a specialty placed between medicine and dentistry]. 2011; 54: 1061-1065.
2. Zakrzewska JM, Downer C, Lopes V. The oral medicine clinic--what is its role? Journal of the Royal Society of Medicine. 1994; 87: 390-392.
3. Monteiro L, Albuquerque R, Paiva A, de la Peña-Moral J, Amaral J, Lopes C. A comparative analysis of oral and maxillofacial pathology over a 16-year period, in the north of Portugal. International Dental Journal. 2017; 67: 38-45.
4. Oliver R, Sloan P, Pemberton M. Oral biopsies: methods and applications. British Dental Journal. 2004;196: 329-333.
5. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar J, Bagan J, González-Moles M, Kerr A et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. Oral Diseases. 2020
6. da Silva K, O. da Rosa W, Sarkis-Onofre R, Aitken-Saavedra J, Demarco F, Correa M et al. Prevalence of oral mucosal lesions in population-based studies: A systematic review of the methodological aspects. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2019; 47: 431-440.
7. Villanueva-Vilchis M, Lopez-Rios P, Garcia I, Gaitan-Cepeda L. Impact of oral mucosa lesions on the quality of life related to oral health. An etiopathogenic study. Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal. 2016: e178-e184.
8. Sixto-Requeijo R, Diniz-Freitas M, Torreira-Lorenzo J, Garcia-Garcia A, Gandara-Rey J. An analysis of oral biopsies extracted from 1995 to 2009, in an oral medicine and surgery unit in Galicia (Spain). Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal. 2012: e6-e22.
9. Alhindi N, Sindi A, Binmadi N, Elias W. A retrospective study of oral and maxillofacial pathology lesions diagnosed at the Faculty of Dentistry, King Abdulaziz University. Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry. 2019; Volume 11: 45-52.
10. Barómetro da Saúde Oral. Ordem dos Médicos Dentistas. 4ª Edição. Portugal. 2018. Disponível em: <https://www.omd.pt/content/uploads/2019/01/barometro-saude-oral-2019.pdf>



11. Mendez M, Carrard V, Haas A, Lauxen I, Barbachan J, Rados P et al. A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features. *Brazilian Oral Research*. 2012; 26: 235-241.
12. Correa L, Frigerio M, Sousa S, Novelli M. Oral lesions in elderly population: a biopsy survey using 2250 histopathological records. *Gerodontology*. 2006; 23: 48-54.
13. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*. 2009; 45: 309-316.
14. Monteiro L, Amaral J, Vizcaino J, Lopes C, Torres F. A clinical-pathological and survival study of oral squamous cell carcinomas from a population of the North of Portugal. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2014: e120-e126.
15. Albuquerque R, Lopez-Lopez J, Jane-Salas E, Rosa-Santos J, Ibrahim C. A pioneering epidemiological study investigating the incidence of squamous cell carcinoma of tongue in a Portuguese population. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2012: e550-e554.
16. de Vasconcelos Carvalho M, Iglesias D, do Nascimento G, Sobral A. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology*. 2010; 28:111-115.
17. Yu Z, Seo B, Hussaini H, Meldrum A, Rich A. The relative frequency of paediatric oral and maxillofacial pathology in New Zealand: A 10-year review of a national specialist centre. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2019; 30:209-215.
18. Jameson J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J. *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
19. Jones A, Franklin C. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. *Journal of Oral Pathology and Medicine*. 2006; 35: 392-401.
20. Kelloway E, Ha W, Dost F, Farah C. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population. *Australian Dental Journal*. 2014; 59:215-220.
21. Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. *Oral and maxillofacial pathology*. 4<sup>th</sup> Edition. Elsevier. 2016.

22. Joseph B, Ali M, Dashti H, Sundaram D. Analysis of oral and maxillofacial pathology lesions over an 18-year period diagnosed at Kuwait University. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*. 2019; 10.
23. Huang G, Moore L, Logan R, Gue S. Retrospective analysis of South Australian pediatric oral and maxillofacial pathology over a 16-year period. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*. 2019; 10.
24. Dovigi E, Kwok E, Eversole L, Dovigi A. A retrospective study of 51,781 adult oral and maxillofacial biopsies. *The Journal of the American Dental Association*. 2016; 147:170-176.
25. Castellanos J, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2008; 105: 79-85.

## VIII. APÊNDICES E ANEXOS

### Apêndice 1 – Tabela de frequências de cada diagnóstico histológico

Diagnóstico Histológico	n	%
Hiperplasia Fibrosa Focal (Fibroma Traumático)	371	25,62
Quisto Radicular (Inclui o Quisto Residual)	121	8,36
Leucoplasia	109	7,53
Sem Displasia Epitelial	87	6,01
Com Displasia Epitelial	22	1,52
Líquen Plano Oral	103	7,11
Sem Displasia Epitelial	99	6,84
Com Displasia Epitelial	4	0,28
Granuloma Apical	93	6,42
Papiloma Escamoso	84	5,80
Mucocelo	73	5,04
Alterações Histológicas Não Diagnósticas	62	4,28
Granuloma Piogénico	42	2,90
Queratose Friccional	31	2,14
Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	29	2,00
Hemangioma	29	2,00
Carcinoma Pavimentocelular	23	1,59
Quisto Dentígero	20	1,38
Úlcera Traumática	19	1,31
Mácula Melanótica	17	1,17
Granuloma Periférico de Células Gigantes	14	0,97
Quisto Odontogénico Não Especificado	14	0,97
Odontoma	14	0,97
Lipoma	13	0,90
Tatuagem por Amálgama	10	0,69
Nevus Melanocítico	9	0,62

Nevus Melanocítico Não Especificado	5	0,35
Nevus Melanocítico Azul	4	0,28
Candidíase	8	0,55
Queratoquisto Odontogénico	8	0,55
Fibroma Ossificante Periférico	7	0,48
Lesão Liquenóide	7	0,48
Adenoma Pleomórfico	6	0,41
Granuloma de Corpo Estranho	6	0,41
Abcesso/Fístula (Infecção Odontogénica)	5	0,35
Quisto Epidermóide (Sebáceo)	5	0,35
Sialoadenite	5	0,35
Ameloblastoma	5	0,35
Leucoplasia Proliferativa Verrucosa	5	0,35
Exostose	4	0,28
Fibroma Cimento-Ossificante	4	0,28
Condiloma Acuminado	3	0,21
Verruga Seborreica	3	0,21
Sequestro Ósseo	3	0,21
Osteoma	3	0,21
Fibroma Odontogénico Central	3	0,21
Verruga Vulgar	2	0,14
Angiofibroma	2	0,14
Quisto Periodontal Lateral	2	0,14
Tumor de Células Granulares	2	0,14
Neurilemoma (Schwanoma)	2	0,14
Fibroma Odontogénico Periférico	2	0,14
Angioqueratoma	2	0,14
Sialolito	2	0,14
Neuroma Traumático (de Amputação)	2	0,14

Neurofibroma	2	0,14
Linfangioma	2	0,14
Hiperplasia Epitelial Multifocal	2	0,14
Quisto Nasopalatino	2	0,14
Glossite Migratória Benigna	1	0,07
Melanose do Fumador	1	0,07
Displasia Cemento-Óssea	1	0,07
Granuloma Ulcerativo Traumático Eosinofílico	1	0,07
Fibrodontoma Ameloblástico	1	0,07
Gengivite Plasmocitária	1	0,07
Mixoma Odontogénico	1	0,07
Hematoma	1	0,07
Sarcoidose	1	0,07
Quisto Aneurismático	1	0,07
Penfigóide Mucoso	1	0,07
Estomatite Protética	1	0,07
Queratoacantoma	1	0,07
Hérnia da Bola Adiposa de Bichat	1	0,07
Psoríase Intra-oral	1	0,07
Fibroma Ossificante Central	1	0,07
Osteomielite	1	0,07
Hiperplasia Linfóide	1	0,07
Xantoma Verruciforme	1	0,07
Síndrome de Sjögren	1	0,07
Quisto Ósseo Simples	1	0,07
Esclerose Óssea (Enostose)	1	0,07
Grânulos de Fordyce	1	0,07
Granuloma Central de Células Gigantes	1	0,07
Osteonecrose Medicamentosa	1	0,07

Pênfigo Vulgar	1	0,07
Melanoma	1	0,07
Tumor Castanho (Hiperparatiroidismo)	1	0,07
Carcinoma Epitelial-Mioepitelial	1	0,07
Cistoadenoma	1	0,07
Quisto Odontogénico Glandular	1	0,07
Hiperplasia Adenomatóide	1	0,07
Total	1448	100,0

## Apêndice 2 – Tabela de frequências: Lesões Potencialmente Malignas

Diagnóstico	n	%
Leucoplasia	109	48,7
Leucoplasia S/ Displasia	87	38,8
Leucoplasia C/ Displasia	22	9,8
Líquen Plano Oral	103	46,0
Líquen Plano Oral S/ Displasia	99	44,2
Líquen Plano Oral C/ Displasia	4	1,8
Lesão Liquenóide	7	3,1
Leucoplasia Proliferativa Verrucosa	5	2,2
Total	224	100,0

### Apêndice 3 – Tabela de frequências de localização da lesão biopsada

Localização		n	%
Lábio	Superior	11	0,8
	Inferior	55	3,8
	Comissura	2	0,1
	Não Especificado	65	4,5
Palato	Duro	25	1,7
	Mole	20	1,4
	Não Especificado	53	3,7
Língua	Dorso	16	1,1
	Ventre	19	1,3
	Bordo	34	2,3
	Não Especificado	141	9,7
Orofaringe	Base da língua	1	0,1
	Amígdalas palatinas	2	0,1
Pavimento Bucal	Lateral	2	0,1
	Não Especificado	16	1,1
Gengiva, Rebordo edêntulo e Área retromolar	Maxilar	38	2,6
	Mandibular	35	2,4
	Não Especificado	89	6,1
Mucosa jugal, Fundo do vestíbulo e Mucosa alveolar	Maxilar	10	0,7
	Mandibular	20	1,4
	Não Especificado	270	18,6
Maxila	Anterior	82	5,7
	Posterior	49	3,4
	Não Especificado	48	3,3
Mandíbula	Anterior	23	1,6
	Posterior	65	4,5
	Não Especificado	48	3,3
Glândulas Salivares Maiores	Parótida	1	0,1
	Submandibular	3	0,2
	Sublingual	1	0,1
Face		8	0,6
Outras localizações		196	13,5
Total		1448	100



**Apêndice 4 – Tabela de distribuição da natureza da lesão por localização**

Localização		Lesão Benigna	Lesão Potencialmente Maligna	Lesão Maligna
Lábio	Superior	100,0%	0,0%	0,0%
	Inferior	98,2%	1,8%	0,0%
	Comissura	100,0%	0,0%	0,0%
	Não Especificado	95,4%	4,6%	0,0%
Palato	Duro	88,0%	8,0%	4,0%
	Mole	90,0%	10,0%	0,0%
	Não Especificado	92,5%	5,7%	1,9%
Língua	Dorso	73,3%	26,7%	0,0%
	Ventre	47,4%	42,1%	10,5%
	Bordo	70,6%	26,5%	2,9%
	Não Especificado	66,0%	28,4%	5,7%
Orofaringe	Base da língua	100,0%	0,0%	0,0%
	Amígdalas	100,0%	0,0%	0,0%
Pavimento Bucal	Lateral	50,0%	50,0%	0,0%
	Não Especificado	56,3%	37,5%	6,3%
Gengiva, Rebordo edêntulo e Área retromolar	Maxilar	71,1%	26,3%	2,6%
	Mandibular	80,0%	17,1%	2,9%
	Não Especificado	85,4%	14,6%	0,0%
Mucosa jugal, Fundo do vestíbulo e Mucosa alveolar	Maxilar	90,0%	10,0%	0,0%
	Mandibular	75,0%	20,0%	5,0%
	Não Especificado	69,6%	29,6%	0,7%
Maxila	Anterior	100,0%	0,0%	0,0%
	Posterior	98,0%	2,0%	0,0%
	Não Especificado	91,7%	8,3%	0,0%
Mandíbula	Anterior	100,0%	0,0%	0,0%
	Posterior	95,4%	3,1%	1,5%
	Não Especificado	95,8%	4,2%	0,0%
Glândulas Salivares Maiores	Parótida	100,0%	0,0%	0,0%
	Submandibular	100,0%	0,0%	0,0%
	Sublingual	100,0%	0,0%	0,0%
Face		100,0%	0,0%	0,0%
Outras localizações		91,2%	6,2%	2,6%

**Apêndice 5 – Tabela de distribuição do tipo de biópsia por localização**

Localização		Tipo de Biópsia		
		Excisional	Incisional	Não Especificada
Lábio	Superior	81,8%	0,0%	18,2%
	Inferior	78,2%	3,6%	18,2%
	Comissura	100,0%	0,0%	0,0%
	Não Especificado	89,2%	3,1%	7,7%
Palato	Duro	68,0%	16,0%	16,0%
	Mole	75,0%	20,0%	5,0%
	Não Especificado	69,8%	7,5%	22,6%
Língua	Dorso	56,3%	25,0%	18,8%
	Ventre	68,4%	26,3%	5,3%
	Bordo	76,5%	17,6%	5,9%
	Não Especificado	60,3%	29,8%	9,9%
Orofaringe	Base da língua	0,0%	100,0%	0,0%
	Amígdalas	100,0%	0,0%	0,0%
Pavimento Bucal	Lateral	50,0%	50,0%	0,0%
	Não Especificado	68,8%	18,8%	12,5%
Gengiva, Rebordo edêntulo e Área retromolar	Maxilar	57,9%	18,4%	23,7%
	Mandibular	48,6%	25,7%	25,7%
	Não Especificado	68,5%	14,6%	16,9%
Mucosa jugal, Fundo do vestíbulo e Mucosa alveolar	Maxilar	70,0%	10,0%	20,0%
	Mandibular	45,0%	20,0%	35,0%
	Não Especificado	61,5%	27,4%	11,1%
Maxila	Anterior	74,4%	3,7%	22,0%
	Posterior	83,7%	2,0%	14,3%
	Não Especificado	68,8%	18,8%	12,5%
Mandíbula	Anterior	73,9%	0,0%	26,1%
	Posterior	69,2%	9,2%	21,5%
	Não Especificado	62,5%	27,1%	10,4%
Glândulas Salivares Maiores	Parótida	0,0%	100,0%	0,0%
	Submandibular	0,0%	0,0%	100,0%
	Sublingual	100,0%	0,0%	0,0%
Face		37,5%	0,0%	0,0%
Outras localizações		74,2%	9,8%	16,0%

**Apêndice 6 – Tabela de frequências da natureza da lesão por tipo de biópsia**

Tipo de Biópsia	Natureza da Lesão						Total	
	Lesão Benigna		Lesão Potencialmente Maligna		Lesão Maligna			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Excisional	913	92,6	62	6,3	11	1,1	986	100
Incisional	99	41,6	128	53,8	11	4,6	238	100
Não Especificada	197	87,9	24	10,7	3	1,3	224	100
Total	1209	83,5	214	14,8	25	1,7	1448	100

## Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética



### Comissão de Ética

#### Emissão de parecer

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (CE-FMDUL), em reunião de 10 de dezembro de 2020, apreciou o seguinte pedido de parecer:

Código	Título do Estudo
202018	"Biópsias da Cavidade Oral - Estudo Epidemiológico a 20 anos na FMDUL"
Âmbito	Mestrado Integrado de Medicina Dentária
Investigador principal / Estudante	Cláudia Almeida André
Pertinência do estudo e da sua conceção	Adequados
Benefícios e riscos previsíveis	Avaliação favorável
Avaliação do protocolo	Positiva
Aptidão do investigador principal e restantes membros da equipa	Adequados
Condições materiais e humanas necessárias	Adequadas
Retribuições ou compensações financeiras a investigadores e participantes	Não se aplica
Modalidades de recrutamento dos participantes	Adequadas
Conflito de interesses do promotor ou do investigador	Não referidas
Acompanhamento clínico dos participantes após a conclusão do estudo	Não se aplica
Procedimento de obtenção do consentimento aos participantes	Adequado

A CE-FMDUL deliberou e decidiu emitir parecer favorável.

Lisboa, 28 de dezembro de 2020.

O presidente da CE-FMDUL

Assinado por: JOÃO MANUEL DE AQUINO  
MARQUES  
Num. de Identificação: B1050316354  
Data: 2020.12.28 17:45:36+00'00'



## Anexo 2 – Definições Recomendadas para Lesões Potencialmente Malignas

Disorder	Definition	Source
Leukoplakia	A predominantly white plaque of questionable risk having excluded (other) known diseases or disorders that carry no increased risk for cancer	Warnakulasuriya et al, 2007
Proliferative Verrucous Leukoplakia (PVL)	Progressive, persistent, and irreversible disorder characterized by the presence of multiple Leukoplakia that frequently become warty	WHO Collaborating Centre 2020
Erythroplakia	A predominantly fiery red patch that cannot be characterized clinically or pathologically as any other definable disease	WHO Collaborating Centre, 2007
Oral Submucous Fibrosis (OSF)	A chronic, insidious disease that affects the oral mucosa, initially resulting in loss of fibroelasticity of the lamina propria and as the disease advances, results in fibrosis of the lamina propria and the submucosa of the oral cavity along with epithelial atrophy	Modified from: World Workshop on Oral Medicine V, Kerr et al. (2011)
Oral Lichen Planus (OLP)	A chronic inflammatory disorder of unknown etiology with characteristic relapses and remissions, displaying white reticular lesions, accompanied or not by atrophic, erosive and ulcerative and/or plaque type areas. Lesions are frequently bilaterally symmetrical. Desquamative gingivitis may be a feature	WHO Collaborating Centre 2020
Actinic Keratosis (Actinic Cheilitis) (AK/AC)	A disorder that results from sun damage and affects exposed areas of the lips, most commonly the vermilion border of the lower lip with a variable presentation of atrophic and erosive areas and white plaques	WHO Collaborating Centre 2020
Palatal Lesions in Reverse Smokers	White and/or red patches affecting the hard palate in reverse smokers, frequently stained with nicotine	WHO Collaborating Centre 2020
Oral Lupus Erythematosus (OLE)	An autoimmune connective tissue disease which may affect the lip and oral cavity, where it presents as an erythematous area surrounded by whitish striae, frequently with a target configuration	WHO Collaborating Centre 2020
Dyskeratosis Congenita (DC)	A rare cancer-prone inherited bone marrow failure syndrome caused by aberrant telomere biology. It is characterized clinically by the presence of the diagnostic triad of dysplastic nails, lacy reticular skin pigmentation and oral leukoplakia	Ballew and Savage (2013)
Newly included in 2020 classification		
Oral Lichenoid Lesion (OLL)	Oral lesions with lichenoid features but lacking the typical clinical or histopathological appearances of OLP, that is, may show asymmetry or are reactions to dental restorations or are drug-induced	WHO Collaborating Centre 2020
Oral Graft versus Host Disease (OGVHD)	Clinical and histopathological presentations similar to oral lichen planus in a patient developing an autoimmune, multi-organ complication after allogeneic hematopoietic cell transplantation	WHO Collaborating Centre 2020
Removed from the 2020 classification due to limited evidence		
Oral Epidermolysis Bullosa (OEB)	A severe epidermal fragility disorder associated with trauma-induced blistering, progressive soft tissue scarring, and increased risk of epidermal cancer	Fritsch et al. (2008)

*Reproduzido de:* ‘Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar J, Bagan J, González-Moles M, Kerr A et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. Oral Diseases. 2020’